

DOSSIER D'INSCRIPTION

Sport sur ordonnance 2025 / 2026

☐

Renouvellement

☐

Nouvelle adhésion

ETAT CIVIL

NOM : _____ PRENOM : _____

DDN : ____/____/____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

MAIL : _____ TEL : _____

N° SECURITE SOCIALE : _____

MUTUELLE : _____

CONTACT D'URGENCE

NOM : _____ PRENOM : _____

TEL : _____

DOSSIER D'INSCRIPTION

Sport sur ordonnance 2025 / 2026

ADHESION - MENTIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné.e : _____

certifie vouloir adhérer à l'association : _____

et donne mon accord pour intégrer le programme « SPORT SANTÉ » et accepte le transfert de mes données personnelles sur le système de gestion de données*

« DENEEO »

Je reconnais l'objet de l'association, et j'accepte de suivre le règlement intérieur.

Je suis pleinement informé.e des droits et devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de l'adhésion est de 15€ (quinze euros), payable par chèque, espèces, virement bancaire, coupons sport, ANVC, chèque UP sport loisir.

*CNIL, ce que dit la loi :

Le recueil de ces informations a fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avec l'utilisation de notre logiciel Deneo. Ces informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées exclusivement à l'association. En application des articles 39 et suivant la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, adressez-vous à l'association.

DOSSIER D'INSCRIPTION

Sport sur ordonnance 2025 / 2026

MODE DE REGLEMENT

☐

Chèque

☐

Espèces

☐

Virement

☐

ANCV

☐

Coupon
sport

☐

Chèque
UP sport

☐

Mensuel

☐

Carte Bleue

Le _____ à _____

SIGNATURE ADHERENT.E :

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Partie destinée au médecin :

L'article D. 1172-2 du code de la santé publique dispose que le médecin établit la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée (APA) sur un formulaire spécifique dont le présent modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé.

(Arrêté du 28 décembre 2023 fixant le modèle de formulaire de prescription d'une activité physique adaptée).

Date :/...../..... **Nom et prénom du patient :**

Je prescris une activité physique adaptée, **pour une durée de :**

(La durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable ^[1], à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient).

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent ^[2] :

.....
.....
.....
.....

(Type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité).

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

.....
.....
.....
.....

Cette prescription ouvre droit* au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique.

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? ^[3] :

NON ☐ OUI ☐ si oui, mentionner laquelle :

Tampon et signature du médecin :

*droit à la réalisation par un professionnel de l'APA (et non droit au remboursement).